

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE 477

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CARLO SACUTO

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Né le 6 Octobre 1902, à Tunis (Tunisie)

**Sur la Fermeture des Fistules
et Anus contre-nature**
par la
Méthode directe Intra-Péritonéale

Président de Thèse : M. le Professeur LEJARS.

MARCEL VIGNE, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13
PARIS

—
1930

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ÉE 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CARLO SACUTO

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Né le 6 Octobre 1902, à Tunis (Tunisie)

Sur la Fermeture des Fistules et Anus contre-nature

par la

Méthode directe Intra-Péritonéale

Président de Thèse : M. le Professeur LEJARS.

MARCEL VIGNE, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

PARIS

—
1930

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZARD.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire	LÉON BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BENARD Henri.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	De GAUDART D'ALLANES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique	LEROUX.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	MERCIER Fernand.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
	(Pasteur)
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	DEMLIN.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale	AUVRAY.....	} Clinique chirurgicale
CHIRAY.....		BASSET.....	
DEBRE.....		CHEVASSU...	
DUVOIR.....		HEITZ-BOYER	
FIESSINGER..		MATHIEU....	
LAIGNEL-		MOCQUOT....	
LAVASTINE		PROUST.....	
LERI.....		SCHWARTZ...	

MM.

LE LORIER.....	} Clinique obstétricale
LEVY-SOLAL.....	
METZGER.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES FRÈRES

MEIS & AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a initié à la chirurgie, en témoignage
d'affection et de profonde admiration.*

A MON MAITRE
LE DOCTEUR LAPOINTE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

*Qui a bien voulu m'inspirer ce travail et me
prodiguer toute sa bienveillance depuis que
j'ai eu l'honneur d'être son interne.
En témoignage de ma profonde affection et en
toute reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

— STAGE —

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

— EXTERNAT —

1925 M. LE PROFESSEUR HARTMANN

1926 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEBRE

— INTERNAT —

1927 M. LE PROFESSEUR LEJARS

1928 M. LE DOCTEUR LAPOINTE

1929 M. LE DOCTEUR WIART

1930 M. LE DOCTEUR ROBINEAU

— M. LE DOCTEUR LAPOINTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROCC

Professeur Agrégé.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAPETTE

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR SÉNÈQUE

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-C. BLOCH

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. BLOCH

Chirurgien des Hôpitaux

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

Introduction

Le traitement des fistules et anus contre-nature est une question ancienne qui, plus que toute autre, a subi les fluctuations de la chirurgie. La fermeture de ces anus, par la méthode directe, intra-péritonéale, après libération complète de l'anse fixée à la paroi, a déjà été tentée par d'audacieux précurseurs, dès l'aurore de l'antisepsie. La chirurgie abdominale était alors à ses débuts, et des échecs répétés, calmèrent les premières audaces. A l'heure actuelle, la méthode directe intra-péritonéale, est en train de gagner rapidement le terrain qu'elle avait perdu.

Nous établirons donc les avantages de la méthode directe intra-péritonéale, ainsi nommée, par opposition à la méthode ancienne, extra-péritonéale, dont les multiples procédés, dérivés de celui de Malgaigne, ont pour caractère commun et fondamental de ne pas ouvrir le péritoine.

Notre Maître, M. LAPOINTE, s'est rallié par étapes successives à la méthode intra-péritonéale. Il l'adopta d'abord pour les fistules et anus sans éperon, puis pour les anus éperonnés. Et ce sont ses observations, presque toutes inédites qui serviront de base à ce travail.

Elles s'ajouteront à celles publiées par d'autres chirurgiens, pour mettre en relief, et l'innocuité de la méthode et la perfection de ses résultats.

Aussi, nous pensons qu'à l'heure actuelle sa valeur n'est plus discutée, et le magistral plaidoyer que le Professeur Pierre DUVAL a prononcé en sa faveur, le 28 Novembre 1928, à la Société Nationale de Chirurgie, a paru d'accord avec l'opinion générale. Il a rallié sans doute plus d'un indécis, et nous souhaitons que notre travail ait le même résultat.

Le seul point qui reste en litige concerne le traitement des anus à éperon. Faut-il ainsi que le préconise P. DUVAL, entreprendre leur fermeture, sans s'inquiéter de l'éperon, comme s'il s'agissait de simples fistules ou d'anus latéraux ?

Ne vaut-il pas mieux à l'exemple de notre Maître, M. LAPOINTE, supprimer l'éperon dans un temps préliminaire à la fermeture de la brèche, dans le but de faciliter celle-ci ?

Nous nous sommes rendus compte, que la destruction préliminaire de l'éperon, offrait sans risques de sérieux avantages, et nous pensons démontrer que le vieil instrument de DUPUYTREN, l'entérotome, mérite de figurer encore dans l'arsenal chirurgical moderne.

CHAPITRE PREMIER

L'Evolution de la Technique dans la cure des Fistules stercorales et des Anus contre-nature

I. — AVANT L'ÈRE ANTISEPTIQUE

Les méthodes étaient forcément superficielles, par crainte d'ouvrir la cavité péritonéale, et d'inoculer la séreuse. Les différents procédés de DIFFENBACH, DENONVILLIERS, MALGAIGNE, prouvent la difficulté du problème.

Les causes d'échec étaient nombreuses dans ces opérations extra-péritonéales et s'expliquent aisément : Si loin que l'on pousse la dissection intra-pariétale de l'anse adhérente, le feuillet fibreux unissant le péritoine pariétal au péritoine intestinal ne sera jamais reséqué, puisqu'il faudrait passer en péritoine libre, donc en zone saine. Or, le principe de cette méthode est de ne jamais ouvrir le péritoine. Il en résulte que forcément, les sutures comprennent un segment intestinal sclérosé, bridé par un tissu cicatriciel inapte à les supporter, et de ce fait peu satisfaisantes immédiatement et dans leur résultat tardif. Les succès étaient donc rares, et

•

les tendances naturelles à la guérison spontanée, avaient une part aussi grande que les efforts louables des chirurgiens. Et ceci était vrai même pour les anus les plus simples.

Pour les anus avec éperon, s'ajoute une autre cause de première importance : c'est l'éperon.

Ces anus, en effet, sont constitués par deux bouts d'intestin accolés à la paroi, en canon de fusil, et séparés par une cloison mitoyenne appelée éperon, qui résulte de leur surface d'accolement. C'est cette cloison qui, canalisant les matières vers l'orifice anormal, empêche tout passage dans le bout inférieur, et, est le premier facteur de la permanence de l'anus. La suppression de l'éperon nous ramène au cas plus simple d'anus contre-nature latéral.

C'est ainsi que naquirent toute une série de procédés ingénieux destinés à supprimer l'éperon.

L'éperon fut d'abord refoulé par manœuvres externes (Desault, 1791; Dupuytren, 1809). COLOMBE invente une canule courbe pour faciliter cette manœuvre; d'autres, toujours dans le même but, appliquent un ballon de caoutchouc.

C'est alors, qu'en 1816, DUPUYTREN imagina son génial entérotome. Composé essentiellement de deux branches divergentes articulées, cet instrument a pour but de sectionner l'éperon lentement et progressivement de la périphérie vers la profondeur. Cette section lente avait pour but de donner le temps à des adhérences de se produire autour de l'éperon et d'éviter ainsi les complications péritonéales.

Le passage des matières se trouvant ainsi rétabli, on voyait parfois avec ou sans l'aide de petits moyens plastiques l'orifice cutané se fermer. Mais il ne fallait pas demander à l'entérotomie plus qu'elle ne pouvait donner. Une statistique de DUPUYTREN, datant de 1839, donne : 71 % de succès, 22 % d'échecs et 7 % de mortalité.

Mais les cas étiquetés succès étaient souvent des résultats incomplets, et on retombait dans les difficultés et les insuccès des méthodes superficielles, extra-péritonéales, purement pariétales.

II. — PÉRIODES ANTISEPTIQUES

Les chirurgiens enhardis par les succès réalisés en chirurgie, ne tardèrent pas à traiter ces fistules et anus, par la méthode intra-péritonéale, qui va de la simple entérorraphie latérale à l'entérectomie type.

Les résultats furent assez satisfaisants pour les fistules, (Goetz, 1890, près de 2 % de mortalité); mais les statistiques après entérectomie donnaient une mortalité fort élevée :

GOETZ (1890) 32,5 % de mortalité.

LE DENTU (1895) 25 % de mortalité.

Cette énorme mortalité était réservée aux anus éperonnés qu'on traitait par l'entérectomie. C'est alors que la méthode fut jugée comme fort dangereuse, et à l'heure actuelle,

cette crainte subsiste encore. Il y eut donc recul général. Et même les simples fistules furent traités par la méthode extra-péritonéale, à laquelle tous se rallièrent.

Cette méthode extra-péritonéale a subi de nombreux perfectionnements, d'ordre technique dans le but d'améliorer ses résultats (QUÉNU, LENORMAND). Elle fut adoptée, presque universellement, bien que les résultats fussent très imparfaits. Une statistique de LENORMAND portant sur dix cas aurait donné :

7 guérisons parfaites, dont 6 d'emblée, et une, après deux interventions consécutives;

2 succès incomplets;

1 échec complet.

Trois échecs sur dix cas c'est beaucoup. On vante par ailleurs l'extrême bénignité de la méthode, mais il ne faut pas perdre de vue que le danger d'infection pariétale est grand.

Quant aux anus avec éperon la technique courante était celle-ci :

1° *Entérotomie préalable;*

2° *Fermeture secondaire par voie extra-péritonéale.*

C'était tout de même un progrès mais pas très grand. Il fallait de nombreuses retouches successives, et les réouvertures spontanées, à plus ou moins longue échéance, n'étaient pas rares. De plus, fait très important, il restait toujours des adhérences : du segment occlus à la paroi, et du grêle. Ce

n'est qu'à ventre ouvert, qu'on peut se rendre compte de l'étendue et de la valeur de celles-ci : adhérences unissant le grêle, provoquant des coudures ; adhérences épiploïques bridant l'intestin, toutes causes de troubles à plus ou moins longue échéance.

Or, ces adhérences, lâches au début ne tardent pas à devenir définitives. Et le seul moyen de les libérer est la fermeture par voie intra-péritonéale. On est surpris d'ailleurs à l'intervention, par la facilité avec laquelle on les détache, et la menace qu'elles représentent si on les laissait.

III. — LA CHIRURGIE MODERNE

On assiste à la renaissance de la méthode intra-péritonéale. En France, DELORE, P. DUVAL, LAPOINTE, préconisent la méthode directe intra-péritonéale. Ils apportent leurs statistiques vierges de toute mortalité.

M. LAPOINTE, après avoir employé la méthode pour les seuls anus latéraux, s'y rallie pour les anus éperonnés.

A l'étranger, HOHLBAUM (1924), publie une statistique de quarante-deux cas recueillis dans la clinique de Payr avec une seule mort.

KAPPIS (1927), publie dix cas avec dix succès.

BASSET (*Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*, 15 octobre 1930), réunit 158 cas traités par la méthode intra-péritonéale avec une seule mort. Cette statistique comprend

des cas traités par entérorraphie latérale et entérectomie suivie de suture bout à bout. Nous verrons plus loin que cette façon de procéder est moins bénigne. Quoiqu'il en soit cette statistique globale nous prouve l'innocuité de la méthode. A l'exception de M. LAPOINTE, tous les auteurs sus-cités ne détruisent pas systématiquement l'éperon. Ils font, suivant les cas, une entérorraphie latérale ou une entérectomie suivie de suture bout à bout. Nous pensons différemment sur ce point. Nous croyons la destruction préliminaire de l'éperon un temps capital, destiné à faciliter la fermeture ultérieure. Nous ne considérons pas l'entérotome de DUPUYTREN comme un instrument archaïque et vieillot, destiné à disparaître. C'est, croyons-nous, une erreur. Et notre travail a précisément pour but principal de démontrer les grands services qu'il peut encore rendre et la simplification qu'il apporte, lorsqu'il est judicieusement employé.

La fermeture intra-péritonéale après destruction préliminaire de l'éperon par l'entérotome de DUPUYTREN est, à à notre avis, la méthode de choix pour les anus éperonnés.

Telle est la technique adoptée par M. LAPOINTE et nous espérons démontrer la valeur du procédé et la perfection de ces résultats.

CHAPITRE II

Les indications de la Méthode Intra-Péritonéale

Nous établirons une distinction fondamentale entre les anus *purs* et les anus *impurs*. Les anus du premier groupe sont bien cicatrisés, entourés de téguments absolument sains. La plus minime suppuration au niveau d'un sillon muco-cutané incomplètement constitué, la moindre irritation tégumentaire autour de l'orifice, constituent des contre-indications formelles. Leur méconnaissance a eu sans doute une grosse part de responsabilité dans les désastres qui ont suivis les premières tentatives.

On mettra tout en œuvre pour rendre un cas *pur*. La peau sera entourée des soins les plus attentifs. Et cet état de la peau dépend aussi, dans une certaine mesure, du siège de la fistule. Les fistules du grêle, par l'écoulement qui en résulte, sont accompagnées de grosses lésions cutanées. Nous reviendrons à ce point de vue, sur les excellents effets de la suppression de l'éperon, dans les anus éperonnés.

Il y a des anus qui restent *impurs* indéfiniment. Ces

anus ne ressortissent pas de la méthode directe intra-péritonéale, mais bien des méthodes indirectes (entéro-anastomose, exclusion uni ou bilatérale) suivies à plus ou moins brève échéance de résection secondaire de l'anse exclue. CADENAT en a récemment publié deux cas (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1928).

Il résulte que la méthode intra-péritonéale n'est pas universelle et applicable à tous les cas. C'est une excellente méthode à condition d'être appliquée judicieusement. Le seul insuccès partiel de notre série concerne un anus dans lequel la cicatrisation n'était pas complète. D'ailleurs cet anus était atypique à d'autres points de vue : anus à éperon mal caractérisé avec grosse rétraction du bout inférieur.

Quand on établit un anus en canon de fusil, il faut penser à la fermeture ultérieure; et pour cela, il faut établir les conditions favorables, en accolant régulièrement, typiquement les deux bouts.

QUÉNU, pratiquait un surjet, unissant le bord mésentérique des deux anses. On obtenait ainsi un accolement en hauteur, suivant une simple ligne. Il vaut mieux obtenir un accolement en hauteur et en surface. Le procédé le plus pratique, nous semble être celui préconisé par Schwatz et Hartglass. Voici en quoi il consiste :

L'anse intestinale à réséquer, étant extériorisée, on adosse l'anse afférente à l'anse efférente par deux surjets. Le premier comprendra : les deux bandelettes juxta-mésoco-

liques des anses en regard; le second, les deux bandelets voisins. Ainsi sera obtenu, un large éperon, de 6 cm. de hauteur environ, avec comme largeur le tiers de la lumière intestinale.

La suppression de l'éperon, dans cette surface qu'on connaît puisqu'on l'a établie, ne présente aucun danger.

Un anus bien fait facilitera la cure.

CONDITIONS DANS LESQUELLES ON RENCONTRE LES CAS PURS

C'est aux cas purs que P. DUVAL donnent très justement le nom de fistules et anus coliques chirurgicaux.

1° Il faut entendre par là des anus qui ont été établis par une opération bien réglée. Ils siègent sur le cæcum, le côlon transverse, ou sigmoïde, plus rarement sur le grêle. Ce sont des fistules et anus pratiqués pour occlusion complète, ou une subocclusion en amont d'une lésion intestinale extirpable, ou encore comme temps préparatoire d'une colectomie ultérieure. Il peut s'agir aussi d'anus en canon de fusil à éperon bien caractérisé que laisse une entérectomie extra-péritonéale par extériorisation.

2° Les cas purs peuvent se rencontrer dans certaines fistules dites spontanées, ou pathologiques ou même traumatiques; telles les fistules cæcales consécutives aux appendicites aiguës (abcès ou gangrène appendiculaire) et parfois même

à une tuberculose appendiculaire discrète, qui fournissent un important contingent.

La gangrène herniaire, qui était la cause courante autrefois, ne se voit pratiquement plus. L'anus établi était, toujours du type impur ; et de ce fait il échappe habituellement à la méthode.

Ce qui domine la question, ce n'est pas le siège mais la forme de l'anus, le mode de constitution de l'orifice à fermer. Ce qui importe avant tout, c'est la présence ou l'absence d'un éperon.

Et du point de vue thérapeutique, nous devons établir une grande division :

- 1° Les anus avec éperon ;
 - 2° Les anus sans éperon.
-

CHAPITRE III

Technique et résultats opératoires

Ainsi que nous l'avons vu, il existe deux variétés fondamentales d'anūs :

Les anus avec éperon ;

Les anus simples ou anus latéraux.

I. — Les Anus à éperon

Avant d'entreprendre l'étude de la cure de ces anus, nous rappellerons brièvement leurs caractères essentiels.

Deux bouts d'intestin sont ouverts à la paroi : leurs parois contiguës forment l'éperon. C'est une cloison qui, canalisant les matières vers l'orifice anormal, empêche tout passage dans le bout inférieur. Pour ramener un pareil anus, aux conditions anatomiques d'un anus latéral, il faut supprimer l'éperon.

Le bout supérieur d'un tel anus, représente une portion du segment sus-jacent à l'obstacle.

Or, ce bout afférent, surtout après une crise d'occlusion, est presque toujours dilaté. Il est également très épais, épaissement dû à l'infiltration inflammatoire de toutes les

tuniques de l'intestin (sous-muqueuse, musculieuse et surtout sous-séreuse).

Ces lésions peuvent ulcérer la muqueuse, et aboutir à la formation d'abcès intra-pariétaux. Plus souvent, elles sont à l'origine des adhérences que l'on trouve à l'opération. Ces lésions sont toujours visibles microscopiquement, surtout au niveau du bout supérieur.

Par contre, au niveau de l'orifice afférent, il y a toujours rétraction progressive, entraînant fatalement, une diminution de calibre. Si bien qu'au bout de quelques mois, la différence de calibre des deux bouts est très notable. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

A) DESTRUCTION DE L'ÉPERON.

Nous voudrions montrer dans ce chapitre les avantages réels qu'offre la destruction préalable de l'éperon, et l'innocuité de la méthode.

a) *Ses avantages.*

La suppression de l'éperon, ouvre la voie au passage des matières.

— De ce fait, il n'y a pas de rétraction, de rétrécissement, du segment inférieur. Condition très favorable à la fermeture puisqu'il n'y a pas « INCONGRUENCE ».

— Le rétablissement du courant active la cicatrisation, avantage très appréciable.

— Lors de la fermeture on ne sera pas gêné par la saillie de l'éperon, par suite les sutures ne seront tiraillées en aucune façon, et les coutures de règle après entérorrâphie sans section préalable de l'éperon, seront absentes.

— La peau très irritée au contact des anus éperonnés, sera protégée par suite de la section préalable de l'éperon. En particulier, les lésions inflammatoires de règle dans les anus éperonnés, seront bien moins marquées, et presque inexistantes.

— Il est de règle de voir diminuer la dimension de l'orifice jusqu'à devenir très étroite. Parler de fermeture totale après simple entérotomie est exagéré, et il ne faut pas demander à l'entérectomie seule, plus qu'elle ne peut donner.

— Ce dernier avantage est d'ordre psychique : le moral des malades entérotomisés est remonté à la suite du rétablissement du courant des matières.

La destruction de l'éperon a sauvé la vie de la petite malade de l'observation I qui présentait un anus du grêle, en canon de fusil, à la suite d'un infarctus mésentérique, après intervention pour appendicite aiguë. Le rétablissement du cours des matières a pu empêcher la dénutrition, et permettre ainsi l'entérectomie secondaire, avec guérison totale.

b) *Ce qu'on lui reproche.*

Le plus gros reproche qu'on ait fait à l'entérotomie c'est d'être une méthode aveugle. Ceci était vrai, pour les anus

du temps de Dupuytren, qui étaient des anus consécutifs à un étranglement herniaire. Il s'agissait de cas atypiques, à éperon mal caractérisé. Nous avons insisté sur la préparation de l'éperon, par large accolement intestinal en hauteur et en largeur. Ainsi ayant construit l'éperon, on sait connaissant sa surface, que l'entérotome ne pourra léser aucun organe. C'est pour cela que nous soutenons que le pincement d'une anse ou du mésentère est un mythe. C'est la survivance d'une ancienne croyance erronée.

De même l'hémorragie ne se voit plus, fréquente autrefois lorsque l'entérotome pinçait le mésentère, cette hémorragie secondaire est liée à un éperon mal fait. Un de nos cas illustre précisément cet ennui. Il s'agissait d'un anus mal constitué, non préparé pour la fermeture. Accident d'ailleurs sans suite, ayant très rapidement cédé au simple tamponnement.

Donc le risque de l'entérotomie est un mythe, qu'on ne connaît plus de nos jours et dont il faut cesser de faire un épouvantail.

c) *Technique de la Section de l'éperon.*

M. LAPOINTE n'a jamais eu recours qu'à l'entérotomie au moyen de l'instrument du Dupuytren.

Des procédés divers ont été imaginés pour remplacer l'entérotomie (RICHELOT, CHAPUT, SCHWARTZ). Ils consis-

tent à exciser un lambeau triangulaire, et suturer les lèvres de section par des points séparés ou par un surjet. Ces procédés constituent de véritables opérations, nécessitant la narcose. Pour nous, elles sont une complication, et nous ne les croyons pas exemptes de dangers (hémorragie). Rien n'est plus simple que la méthode de DUPUYTREN. Ce n'est pas une opération, il ne faut aucune anesthésie. L'application se fait au lit du malade.

L'entérotomie a été imaginée par DUPUYTREN en 1816. Il créa l'entérotome qui porte son nom, instrument génial pour l'époque et susceptible de rendre actuellement de si grands services.

Cet instrument est composé essentiellement de trois pièces : la branche mâle, la branche femelle et la vis de pression.

La branche mâle à bords mousses et ondulés, pénètre et s'engrène dans les ondulations correspondantes que lui présente la branche femelle. Ces deux branches de longueur inégale s'entrecroisent et s'articulent par un point mobile placé sur la branche femelle, et reçu dans une mortaise de la branche mâle.

Les branches sont, en outre, percées d'une mortaise dans laquelle pénètre et joue la vis de pression, destinée à les rapprocher.

Plusieurs modèles d'entérotome existent dans le commerce. Il faut donner la préférence aux modèles à branches

divergentes : leur section est centripète, de la peau vers les parties profondes ; et l'éperon est entamé progressivement de son bord libre vers la profondeur. Ce dernier point était important autrefois : il fallait donner le temps aux adhérences protectrices de se produire.

Le principe de l'entérotomie est de mortifier la partie saisie par les branches de l'appareil. Une fois l'entérotome tombé, il reste une large brèche, faisant communiquer les anses afférente et efférente, par où passent les matières

On applique l'appareil de dix à quinze jours après l'établissement de l'anus.

Pour cela, deux doigts introduits dans l'orifice anormal reconnaissent le bout supérieur, le bout inférieur, et l'éperon qu'on sent, à ce qu'il est interposé aux deux orifices. On reconnaît la largeur et la hauteur de l'éperon. Ce n'est que dans les vieux anus avec rétraction du bout inférieur, qu'on pourra recourir à des artifices, pour reconnaître ce dernier orifice (lavement coloré).

L'éperon reconnu, on introduit l'instrument. On articule les deux branches et l'on serre modérément la vis de pression. DUPUYTREN serrait à fond l'entérotome dès l'application. Il obtenait ainsi une mortification et une chute rapide. Cette manière de procéder est pénible et douloureuse pour les malades.

Nous préférons procéder d'une façon progressive. On

serre modérément le premier jour, un peu plus le deuxième, et à fond le troisième.

Il faut absolument constiper les malades et ne les alimenter que légèrement.

L'entérotome se détache de lui-même, du sixième jour au dixième jour, avec un maximum de fréquence vers le huitième. La chute ramène le cours des matières, souvent même les premiers signes de la circulation fécale précèdent la chute de l'instrument. Il n'est pas rare que les gaz passent vers le cinquième ou sixième jour.

Les premières débâcles sont copieuses et liquides, s'accompagnant de quelques douleurs à type de coliques, traduisant l'entrée en fonction du segment inférieur. Nous n'avons jamais observé d'hémorragie lors de la chute de l'escarre. Cet incident n'est réservé qu'aux anus atypiques, avec pincement du mésentère par l'entérotome.

Lorsqu'on connaît la dimension de l'éperon, une séance suffit. Il est rare que l'éperon ne soit pas complètement sectionné après la première application. Par le palper, on se rend compte s'il persiste, et dans ce dernier cas une seconde application en aura facilement raison.

B) LA FERMETURE OU LA RÉPARATION.

A quel moment un anus est-il bon à fermer ?

L'anús est bon à fermer lorsque la plaie cutanée ne pré-

sente aucune trace d'inflammation. La muqueuse doit être également normale, sans aucune granulation. Par le palper digital, on s'assurera qu'elle est souple, et mobile sur le plan sous-jacent, et que tous les tissus environnants sont également souples. Il ne faut pas trop se presser pour fermer ces anus. Mais contrairement à P. DUVAL pour qui « le facteur temps est sans importance », nous pensons qu'il est dans l'intérêt du malade de l'abréger. Et cela est obtenu par l'entérotomie préalable. Tous nos anus ont été déclarés bons à fermer un mois et demi à deux mois après l'entérotomie. Et ceci est un avantage appréciable.

Il y a deux temps essentiels sur lesquels nous désirons dès maintenant attirer l'attention. Ce sont :

- 1° La libération de l'anse ;
- 2° La réparation.

Avant de passer à la description de la technique suivie par M. LAPOINTE, nous voudrions critiquer les méthodes se rapportant à la réparation.

Certains prônent l'entérectomie (HOLHBAUM, DELORE). C'est évidemment excessif. Outre que la chose n'est pas toujours possible, en particulier si l'on opère au niveau du côlon gauche, où l'étoffe peut manquer, la méthode n'est pas exempte de dangers. Voici quelques statistiques, qui montrent par l'abaissement de la léthalité, les progrès réalisés en chirurgie abdominale :

GOETZ, 1890	32, 5 %
LE DENTU	25 %
TERRIER & GOSSET, 1900	15, 38 %
DELORE & PATEL, 1901	12 %
DELORE & THÉVENET, 1908 ..	10 %
JOURDAN, 1910	6, 25 %

DELORE, 1926 : 18 anus contre nature, dont 17 ont été traités par l'entérorraphie latérale avec guérison, une par l'entérectomie : une mort.

HOHLBAUM, 1924 : 42 cas, 1 mort; 2 % de mortalité.

Ces chiffres montrent que l'intervention n'est pas tout à fait exempte de danger, et dans l'immense majorité des cas la simple entérorraphie latérale suffit. On aura recours à l'entérectomie suivie de suture bout à bout que pour des cas d'exception (observation I) : résection typique, avec suture termino-terminale, pour anus de l'iléon, suivie d'ailleurs de guérison.

Donc l'entérorraphie seule suffit dans l'immense majorité des cas, et ceci est également vrai pour le grêle, où l'entérorraphie est possible, dans un nombre de cas beaucoup plus considérable qu'il n'est dit classiquement. Souvent, des brèches intestinales larges, intéressant les deux tiers de la lumière intestinale pourront être suturées avec succès.

TECHNIQUE PROPREMENT DITE.

Le malade recevra une purgation douce trois jours avant l'intervention et sera lavementé la veille, puis constipé.

PREMIER TEMPS. — On introduit une petite mèche dans l'orifice anormal afin de l'obturer, puis la peau sera incisée circulairement, et à distance de l'anus, en zone saine. La collerette cutanée ainsi obtenue, sera mobilisée, et ramenée au-devant de l'anus. On la fixe soit par des pinces, ou mieux encore, afin de ne pas encombrer le champ opératoire, par quelques points séparés.

On change de gants et d'instruments et l'on borde la peau. Le premier temps septique est terminé.

DEUXIÈME TEMPS. — *Ouverture du péritoine* : L'aponévrose et les muscles seront incisés à distance, dans la partie interne. On découvre le péritoine dans la partie inféro-interne. Celui-ci bien découvert est incisé prudemment en zone saine. A l'ouvrir trop près de l'anus on risquerait de blesser l'anse adhérente à la paroi.

TROISIÈME TEMPS. — *Libération de l'anse* : Le doigt recourbé en crochet, libère l'anse de ces adhérences pariétales. Puis, l'anse est extériorisée avec le segment pariétal qui lui reste adhérent. Il faut alors procéder méthodiquement à la libération de toutes les adhérences agglutinant le grêle, résé-

quer l'épiploon ou les brides épiploïques. On procèdera avec douceur par crainte de dépéritoniser la séreuse. Généralement, ces adhérences se libèrent avec la plus grande facilité.

QUATRIÈME TEMPS. — *Toilette de l'anse et réparation :*

L'anse extériorisée est placée sur des champs imbibés de sérum chaud. On place un clamp à mors souples à la base de l'anus, et par dessus on résèque l'anus, et le segment pariétal, qui lui demeure adhérent. On peut aussi, réséquer le fragment pariétal, bien exposer la brèche intestinale, et ébarber ses bords.

De toute façon, l'intestin sera soigneusement débarrassé de ses franges graisseuses.

Grâce à la suppression préalable de l'éperon, on peut suturer très largement, multiplier les plans, sans crainte de sténose. On a autant d'étoffe qu'il faut. Cette suture se fera en deux ou trois plans suivant les cas, et toujours transversalement. Nous avons constamment été frappés par la facilité qu'on a, à adosser les deux lèvres intestinales. Il n'y a pas de coudure, pas de tiraillement, par suite de l'égalité de calibre entre les bouts supérieurs et inférieurs.

CINQUIÈME TEMPS. — *Fermeture de la paroi :* On réduira l'anse dans le ventre. L'intestin ne reste pas coudé et collé à la paroi ; c'est là la grosse supériorité sur les méthodes extra-péritonéales, et de plus, une garantie de succès.

C'est, croyons-nous, une erreur de fixer l'intestin ré-

paré à la paroi, comme certains l'ont fait. Et l'erreur est encore plus grande si on laisse une mèche au contact des sutures (HOHLBAUM).

Cette réduction libre offre-t-elle un risque ? Aucun, si l'on a bien fait ses sutures, si tout est net, il faut réduire sans crainte, et fermer la paroi plan par plan, comme pour une éventration.

S'il on a des doutes, on peut laisser un petit drain.

Dans l'observation 25, seul cas partiellement raté, la réduction complète n'a pas entraîné d'infection péritonéale; malgré la déhiscence des sutures. Néanmoins, c'est une bonne précaution, si l'on n'est pas très satisfait, de ne pas fermer complètement.

La *peau* sera suturée ou non suivant les cas. La suture *primo-secondaire* est encore une précaution utilisée par M. LAPOINTE, et bien avant PICOT qui lui aussi la recommande. Suivant les cas donc, on placera des crins d'attente que l'on serrera le quatrième ou cinquième jour; ou bien si l'on décide de suturer la peau, on placera un petit drain sous-cutané. Il nous semble dangereux de suturer complètement la peau sans drainage.

SUITES OPÉRATOIRES.

Ordinairement très simples. Le malade rend ses gaz le quatrième jour. Il sera purgé le huitième ou le neuvième jour. Les premières selles sont parfois diarrhéiques, mais

non douloureuses, par suite de l'entérotomie préalable, qui empêche la rétraction du bout inférieur.

Nous avons revu sous écran quelques anciens opérés, le résultat est parfait, et il n'y a pas de sténose.

RÉSULTATS.

Huit anus avec éperons : observation 1 à 8, dont 1 sur le grêle (observation 1).

Mortalité : nulle.

Guérison : 7 d'emblée.

Un seul a présenté une fistulette qui s'est fermée spontanément. Dans ce dernier cas, on avait opéré trop tôt : la peau n'était pas nette, il persistait un liseré bourgeonnant. De plus, l'anus était atypique, par suite d'un éperon mal caractérisé, avec rétraction du bout inférieur, et la suppression de l'éperon avait été incomplète.

Nous avons observé quelques suppurations de la paroi sans importance, qui n'ont fait que retarder la sortie du malade.

Pour nous résumer, nous avons traité huit cas d'anús contre nature avec éperon par l'entérotomie d'abord, dans le but de supprimer l'éperon, et ramener ainsi l'anús, aux conditions d'un anus latéral. Secondairement, on a fait l'entéroraphie latérale par la voie directe intra-péritonéale. Nos huit cas ont tous guéris très simplement.

II. — Fistules et Anus sans éperon

Nous serons brefs à ce sujet, après l'exposé de la réparation des anus avec éperon.

Ces anus étant toujours des anus latéraux, ils seront simples à fermer. La simple entérorraphie latérale suffit, dans l'immense majorité des cas.

Ces fistules et anus, siègent, au niveau du *cæcum*, du grêle, du transverse et du sigmoïde. Il peut aussi s'agir d'anus lombaire traumatique, ou consécutifs à une néphrectomie.

La cure de ces anus s'inspire toujours du même principe : pénétrer dans le ventre en zone saine, extérioriser la lésion, et la réparer.

Quant à la *technique*, nous aurons peu de choses à ajouter.

— Au niveau du *cæcum*. Procéder à l'appendicectomie si l'appendice n'a pas été enlevé.

La brèche intestinale sera suturée en trois plans.

On pourra employer parfois l'élégant procédé de Mayo.

Enfin, si la fistule est petite, deux ou trois bourses superposées, réussiront à l'occlure.

Ici, plus que partout ailleurs, il faudra réintégrer l'anse librement dans le ventre, sans aucune fixation.

— *Anus du grêle*. Ils relèveront également de l'entérorraphie latérale. Il faut toujours suturer la brèche transversale-

ment. Ce n'est que dans des cas assez exceptionnels qu'on sera amené à faire l'entérectomie (observation 1).

— *Anus lombaire*. Notre statistique ne comprend pas d'an-
nus lombaire. Néanmoins, le principe s'applique à ces cas.
Il ne faut pas songer à aborder l'an-
nus par derrière. Il faut
passer par en avant, en péritoine libre, et procéder en dé-
col-
lement colo-pariétal. La fistule étant sous les yeux, on se
rend compte de la valeur des tissus, et l'on fera, selon les cas,
une entérorraphie latérale ou une résection.

PATEL a rapporté quatre cas d'an-
nus lombaire, dont trois
siégeaient à droite. Il a noté :

3 guérisons après entérorraphie latérale ;

1 guérison après résection partielle suivie d'entérorra-
phie circulaire.

RÉSULTATS.

I. — *Anus latéraux sans éperon* traités par entérorra-
phie latérale (17 cas).

Grêle	3 cas	3 guérisons.
Cæcum	12 cas	12 guérisons.
Transverse	1 cas	1 guérison.
Sigmoïde	1 cas	1 guérison.

II. — *Anus avec éperon* (8 cas).

Grêle	1 cas	1 guérison.
Sigmoïde	7 cas	7 guérisons.

dont une par seconde intention.

En résumé, 25 cas, dont un, traité par entérectomie suivie de suture bout à bout. Mortalité : 0.

RÉSULTATS COMPARÉS
DE L'ENTÉRRORRAPHIE LATÉRALE
ET DE L'ENTÉRECTOMIE

I. — *Entérorraphiè.*

DELORE (1926)	18 cas	0 mort.
P. DUVAL (1930)	41 cas	0 mort.
MURARD (1930)	7 cas	0 mort.
LAPOINTE (1930)	24 cas	0 mort.
BRESSOT (1930)	7 cas	0 mort.

Soit 97 cas, avec mortalité nulle.

II. — *Entérectomie.*

DELORE (1921)	17 cas	1 mort.
HOHOLBAUM (1924)	42 cas	1 mort.
LAPOINTE (1930)	1 cas	1 guérison.

Soit 69 cas. 2 morts. Mortalité : 3 %.

Ainsi donc la méthode intra-péritonéale, se révèle d'une innocuité absolue, lorsque les anus sont traités par entérorraphie latérale. La méthode est moins bénigne, si l'on fait l'entérectomie suivie de suture bout à bout.

On comprend mal les objections de LENORMAND. L'opé-

ration n'est pas difficile, et est à la portée de tous les chirurgiens. Tout chirurgien qui n'est pas un chirurgien d'occasion, obtiendra des résultats identiques, et superposables, aux meilleures statistiques.

C'est la méthode de choix, à condition d'observer ses contre-indications.

Observations

I. — ANUS AVEC ÉPERON

OBSERVATION I.

(M. LAPOINTE en *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, n° 13, 1929).

Mlle T..., dix-sept ans, m'a été confiée par mon ami, le Docteur G. JULIEN, pour une appendicite aiguë grave d'autant de vingt-quatre heures.

Opération immédiate, le 15 juillet 1926. Appendice libre, gangréné en masse, mais non perforé. Péritonite fibropurulente à gros foyer pelvien. Appendicectomie. Drainage. Pas de suture de la peau.

Guérison sans incidents dans les délais habituels. L'opérée avait repris sa vie normale, lorsque le 13 novembre au soir, quatre mois après l'appendicectomie, elle est prise brutalement d'une douleur abdominale atroce, accompagnée de vomissements bilieux.

Je vois la petite malade le lendemain matin. Elle est couchée sur le côté gauche, pliée en deux, et se plaint sans

arrêt. Température : 37°9; pouls : 140; respiration : 40; pâleur des téguments.

Les vomissements du début ne se sont pas reproduits, mais il n'y a eu ni selles ni gaz, depuis l'apparition des douleurs.

On arrive à mettre la malade sur le dos. Le ventre n'est pas uniformément distendu; mais on constate dans le flanc droit une voussure douloureuse submate, un peu mobilisable. Aucun péristaltisme.

Nous pensons néanmoins à une occlusion intestinale aiguë, et la malade est transportée à la maison de santé des Diaconesses, où je l'opère à la fin de la matinée, à l'éther.

Dès que le péritoine est ouvert, issue de sang et de caillots, comme dans une grossesse ectopique interrompue. Mais j'aperçois un gros paquet d'anses grêles, distendues, noires, pleines de sang, sans aucune plaque de gangrène. Pas de bride, pas de torsion. C'est un infarctus hémorragique intéressant à peu près un mètre d'iléon. Il s'arrête brusquement à 20 cm. environ du cæcum. En haut, même démarcation nette; aucune distension de la partie sus-jacente de l'intestin.

Le méso du segment infarci est très épais, infiltré de sang. L'infiltration a une disposition triangulaire à base intestinale.

Résection de 1 m. 25 de grêle, un peu à distance des limites de l'infarctus. Sur la tranche du méso, les artères

donnent ; les veines distendues sont remplies de caillots frais.

Les deux bouts sont fixes à l'angle supérieur de l'incision. Suites très inquiétantes pendant quatre jours. Pourtant, la malade résiste et l'anus fonctionne. Mais bientôt apparaissent les ennuis habituels d'un anus grêle, la bile et les matières liquides coulent en permanence, la peau s'irrite et s'ulcère à distance de l'orifice, et l'opérée maigrit à vue d'œil.

Tenter dans ces conditions la cure de cet anus, c'était courir à un échec certain. Trois semaines après le premier temps, j'applique l'entérotome de Dupuytren et après sa chute, le sixième jour, j'eus la joie de constater que les matières reprenaient la voie normale.

En quelques semaines, la paroi se répara tandis que l'état général se remontait et, fin février je pus faire dans d'excellentes conditions la libération des deux bouts.

Fermeture du ventre sans drainage. Résultat complet. La malade rentre chez elle le 20 mars, en parfait état.

OBSERVATION II.

Mme Cav. Vve P..., 50 ans. Entre dans le service du Docteur LAPOINTE à l'hôpital Saint-Antoine, le 12 janvier 1927, pour troubles digestifs. Elle souffre de douleurs dans le flanc gauche, avec coliques. Le tout associé à un léger météorisme avec quelques ondulations péristaltiques. Du reste, la malade va à la selle.

Un lavement opaque est arrêté au milieu du côlon des-

cependant, mais cependant un peu de gélobarine a passé. Le repas bismuthé n'a rien montré de net.

Première opération le 20 janvier 1927. Rachi-anesthésie. Laparotomie gauche transverse. Le côlon descendant est très abaissé, l'anse sigmoïde très mobile. Entre ces deux segments, une zone adhérente au péritoine postérieur, un peu en dessous du rein. Il s'agit d'un néoplasme avec ganglions. On décolle la tumeur du plan postérieur. Extériorisation de la tumeur en canon de fusil, après avoir accolé sur près de la demi circonférence de l'intestin les deux segments en regard par deux surjets. C'est dire que la zone d'accolement est très haute, huit centimètres environ et large d'au moins six centimètres.

Une baguette de verre est glissée sous le méso. Fermeture de la paroi.

Le 28 janvier, section au thermo de l'anse extériorisée. Le 14 février, on vérifie que l'anus fonctionne parfaitement. On se rend compte de l'étendue de l'éperon. On place l'entérotome de Dupuytren. Le lendemain, l'entérotome est serré à fond. Il tombe spontanément le 23 février. Bien avant sa chute, la malade a senti passer quelques gaz.

Aa dater de ce jour, la plus grande partie des matières passe par le bout inférieur. La peau est ainsi au repos. On va pouvoir bientôt fermer.

Seconde opération le 28 mars 1927.

L'incision cutanée circonscrit l'anus. On pénètre dans

l'abdomen en péritoine libre. Libération de l'anse fistulisée. Section et libération des adhérences l'unissant au grêle et à l'épiploon. Résection de la collerette cutanée adhérente à l'anse. Après avivement des bords de l'anus, il reste à combler une brèche de cinq centimètres environ. Suture en trois plans, des plus simples, par suite de la section préalable de l'éperon. On ne fixe pas l'anse au péritoine pariétal. Fermeture totale de la paroi en trois plans. Drain sous la peau.

Suites opératoires remarquablement simples. Gaz le quatrième jour. Purgation le huitième.

La malade quitte l'hôpital le 13 avril 1930. Revue en octobre de la même année, en parfait état. A engraisé de quatre kilos.

OBSERVATION III.

Mme J. Vve F..., 50 ans.

A déjà subi une résection intestinale par extériorisation et section secondaire du segment exclus. L'intestin avait préalablement été suturé suivant la technique habituelle du service, c'est-à-dire par larges accolements des faces intestinales en regard. On obtient ainsi un très large éperon.

On applique la pince de Dupuytren. On donne un tour de vis le lendemain, et le surlendemain, elle est serrée à fond. Dès le sixième jour, les gaz sortent par le bout inférieur. La pince est remarquablement tolérée, et tombe spontanément le huitième jour.

Les matières passent par le bas ainsi qu'il est de règle.

Opération le 19 décembre 1928. Anesthésie à l'éther.

Une mèche est introduite dans l'anus. Incision ovalaire cutanée autour de l'orifice. On rabat la peau par dessus et on la suture avant d'aller plus avant. A ce moment, changement de gants et d'instruments. De propos libéré, on entre dans le péritoine, et on libère complètement l'anse fistuleuse. Malheureusement, la libération fait un trou sur la tranche descendante de l'anse, et l'on se voit obligé de supprimer une languette de l'anse qui sépare ce trou de l'orifice principal. De sorte, que l'on a à fermer, une brèche beaucoup plus large que celle qui aurait dû exister. Néanmoins, cette fermeture n'offre aucune difficulté, par suite de la suppression de l'éperon qui ne coude pas le segment intestinal. Surjet total enfouissant, au fil de lin. Deux surjets séro-séreux.

La réparation intestinale paraît très bien assurée et les deux bouts accolés communiquent très largement.

On ne fixe pas l'anse au péritoine pariétal. Fermeture complète de la paroi, avec drainage filiforme sous-cutané.

Suites des plus simples. Gaz le troisième jour, grâce à la destruction préliminaire large de la cloison. Guérison complète, quitte l'hôpital le 4 janvier 1929.

OBSERVATION IV.

M... Edouard, 43 ans.

A subi l'ablation d'une tumeur colique en avril 1929. Il y a un large anus avec large éperon dont on connaît la largeur et la profondeur.

Application de la pince de Dupuytren. Elle tombe spontanément le septième jour. Rétablissement presque complet des matières à la suite de cette intervention. Amélioration. Le moral du malade en témoigne, il croit maintenant à la guérison. La peau et la muqueuse étant nettes on décide la fermeture.

Opération le 25 juin 1929. Rachi-anesthésie.

Incision elleptique. Fermeture de l'anús par un surjet cutané. Pénétration dans le ventre en zone saine. Plusieurs anses grêles sont accolées autour des deux branches du côlon, on les libère sans trop de peine, et on décolle l'anse, dont on résèque la collerette pariétale encore adhérente, vivement des bords de l'anús. On est frappé par la facilité avec laquelle les bords de l'anús entrent en contact. De ce fait, les sutures laissent une tranquillité parfaite. Fermeture de la brèche en trois plans dans le sens transversal. On ne fixe pas l'anse au péritoine pariétal.

Fermeture totale de la paroi en trois plans. Crins d'attente sous la peau.

Suites des plus simples. Gaz le quatrième jour. Purgation le neuvième. Les fils ont été serrés le cinquième jour.

Le malade quitte l'hôpital le 10 juillet.

Revu en janvier 1930. A engraisé de 6 kilos, ne souffre pas de sa fosse iliaque. Les selles ne sont pas douloureuses et ne l'ont jamais été.

OBSERVATION V.

M... François, 59 ans.

Malade présentant un anus gauche en canon de fusil après extériorisation colique pour cancer.

Application de l'entérotome de Dupuytren. Connaissant les dimensions de l'éperon celui-ci est d'emblée serré à fond. On se décide à fermer l'anús.

Opération le 17 juin. Rachi-anesthésie.

L'incision cutanée passe à distance de l'anús. Celui-ci a été préalablement occlus par une petite mèche. On rabat la collerette cutanée sur l'anús et on la fixe par quelques pinces. Ouverture du péritoine. Libération complète de l'anse. Pendant cette libération on a fait une petite déchirure sur la branche supérieure. On résèque le pont intestinal intermédiaire aux deux orifices. De ce fait, la brèche du bout supérieur est plus large; mais par suite de la section préalable de l'éperon, il n'y a pas de rétraction du bout inférieur, donc pas d'incongruence, et par suite la suture ne présente aucune difficulté. Fermeture en trois plans de la brèche co-

lique. On ne fixe pas l'anse au péritoine. Fermeture totale de la paroi.

Drain sous-cutané.

Suites des plus simples, gaz le 4^e jour. Purgation le 9^e jour. Selles non douloureuses.

OBSERVATION VI.

Mme L..., femme Q...

Anus iliaque droit avec éperon après extériorisation de l'anse sigmoïde pour cancer.

Application de l'entérotome de Dupuytren. A ma grande satisfaction la plus grande partie des matières passe par le bout inférieur.

Opération le 20 juillet 1929. Rachi-anesthésie.

Incision cutanée ovale, les bords sont suturés par dessus l'anus. Pénétration dans l'abdomen en péritoine libre. Extériorisation de l'anus. Résection de la zone pariétale adhérente. Suture dans le sens perpendiculaire à l'intestinal en trois plans à ufil de lin.

Fermeture totale de la paroi. Drain sous la peau.

Suites des plus simples, gaz au 3^e jour. Purgation le 9^e. Quitte l'hôpital le 4 août 1929.

Malade revue en juillet 1930. Se plaignant de quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche. A l'examen, pas d'éventration. Une radiographie pratiquée ne montre aucune

trace de sténose, et il est impossible de situer le siège de l'ancien anus.

OBSERVATION VII (*personnelle*).

Mme F... eJanne, 48 ans.

Entre dans le service le 4 août 1929 pour syndrome d'occlusion datant depuis quatre jours. Le ventre est uniformément ballonné, mais sans asymétrie. Intervention immédiate. Laparotomie sous-ombilicale. Rachi-anesthésie.

Il s'agit d'un volume du côlon pelvien, avec intestin très douteux.

Contre-incision dans la fosse iliaque gauche. On extériorise le segment volvulé, après avoir suturé les faces en regard du côlon.

Section au thermo de l'anse.

Application de l'entérotome de Dupuytren qui est serré à fond d'emblée. Celui-ci tombe le 8^e jour. Les matières passent en partie par le bout inférieur.

Opération le 20 septembre. L'incision cutanée circonscrit l'anus. On pénètre dans le ventre en péritoine libre. Libération de l'anse et extériorisation.

Suture dans le sens transversal en trois plans.

Fermeture totale de la paroi en trois plans.

Drain de sûreté sous-cutané.

Suites des plus simples, gaz spontanés le 4^e jour.

Purgation le 10^e jour.

La malade quitte l'hôpital le 10 octobre complètement guérie.

OBSERVATION VIII.

M... Valentine, 39 ans, sténo-dactylo.

Entre le 19 Mai 1930 dans le service du Docteur Lapointe, où elle est opérée d'urgence pour sigmoïdite perforante. A l'intervention, on constate que la perforation est couverte.

Extériorisation de l'anse. Contrairement à l'habitude du service, on ne suture pas les branches de l'anse extériorisée de façon à avoir un large éperon par accolement des faces coliques en regard.

Section de l'anse extériorisée huit jours après.

L'anus fonctionne mais mal. Le bout supérieur est au bas de la plaie. Il y a donc eu inversion de l'anse. De plus, le bout efférent se rétracte vite et bientôt n'est plus visible. Il ne peut être retrouvé qu'après un lavement coloré.

Malgré ces inconvénients, on se décide à appliquer l'entérotome vers le 15 juillet. Hémorragie le 3^e jour, qui cède rapidement au tamponnement. Fait rare et presque prévu puisqu'il s'agissait d'un anus atypique.

Malgré l'application de l'entérotome, les matières ne passent pas par le bout inférieur.

La peau et la muqueuse se nettoient lentement, il reste

à la partie externe et supérieure un petit liseré bourgeonnant. On décide l'intervention.

Opération le 2 octobre 1930 sous rachi-anesthésie.

Ouverture du ventre en péritoine libre. Quelques adhérences épiploïques sont facilement libérées.

En outre, fait capital, on note que l'éperon persiste, que le bout efférent est très rétracté et de calibre bien inférieur au bout efférent. De ce double fait les sutures tiraillent.

Ablation d'un kyste de l'ovaire gauche, gros comme un œuf de poule.

Fermeture en trois plans, sans drainage.

Des fils d'attente sont placés sous la peau. Suites simples. Mais les sutures lâchent au 4^e jour et une fistule ne tarde pas à s'établir. Les jours suivants l'écoulement se tarit et la fistule se ferme d'elle-même.

Remarque.

L'intérêt de cette dernière observation est une démonstration de la valeur du procédé de M. Lapointe. En effet, on se trouvait malgré l'entérotomie en présence d'un anus à éperon non détruit, donc avec rétraction du bout inférieur, et grosse inégalité de calibre entre les deux orifices intestinaux à anastomoser. La peau irritée par le passage des matières tardait à cicatriser, à être apte à la fermeture, et cela malgré le long intervalle de deux mois.

Lorsqu'au contraire l'éperon est sectionné, la paroi non

irritée cicatrise vite. On peut opérer vite et surtout il n'y a pas d'incongruence entre les deux orifices à anastomoses. Les sutures, dans ce cas, donnent toute sécurité, ainsi qu'il est prouvé dans les observations suscitées.

La clef du traitement réside donc dans ce triple fait :

- 1° Etablir un anus avec large éperon, par accolement des faces intestinales ;
- 2° Supprimer l'éperon par entérotomie ;
- 3° Fermeture intra-péritonéale par entérorraphie latérale.

II. — ANUS AVEC ÉPERON.

A) GRÊLE.

OBSERVATION IX.

M. Tr... Lucien, 25 ans, manœuvre. Entre dans le service pour une fistule de l'iléon, consécutive à une occlusion intestinale post-appendiculaire.

L'orifice cutané est grand comme une pièce de cinquante centimes et livre constamment issue à des matières et à des gaz. Et de ce fait, la peau est très irritée et a beaucoup de mal à redevenir saine.

J'ai essayé d'encercler l'orifice par un gros catgut, pour tarir l'écoulement pendant quelques jours. Mais cette tentative a échoué, et le résultat le plus net a été l'agrandissement de l'orifice fistuleux et l'aggravation de l'état de la peau.

Un traitement local énergique est institué. On intervient le 22 Mai 1930. Rachi-anesthésie. Double incision en ellipse, circonscrivant l'orifice en peau saine. Dissection des bords de l'incision vers la fistule. Celle-ci est oblitérée avec une mèche, et par dessus, elle on rabat les lambeaux cutanés.

On change de gants et d'instruments. On incise muscles et péritoine en dedans de la fistule. Plusieurs anses grêles sont accolées. Libération assez facile.

Le doigt recourbé en crochet, libère la face externe de l'anse grêle fixée à la paroi. Celle-ci est extériorisée hors du ventre. On place alors deux clamps, de part et d'autre de la fistule, et à une certaine distance.

On procède alors à la toilette de l'anse, la peau adhérente et le trajet fistuleux sont réséqués. On se trouve alors devant une perte de substance, parallèle à l'anse intestinale, longue de 5 cm. environ.

Suture de cette brèche, dans le sens perpendiculaire à l'anse intestinale, en deux plans au fil de lin, l'un total, l'autre séro-séreux.

Réfection de la paroi qui était éventrée en trois plans. Crins cutanés et drainage de sûreté sous la peau.

Les suites opératoires sont très simples. Gaz rendus le 4^e jour, une selle spontanée le 6^e. Purgation le 9^e.

Le malade quitte l'hôpital le 4 juin 1930 complètement guéri.

OBSERVATION X.

Mme Le B., Veuve T..., 68 ans, sans profession. Entrée le 7 Mai 1930 dans le service du Docteur Lapointe.

Cette malade présente une éventration iliaque droite après appendicéctomie datant d'octobre 1929.

Il reste une fistule qui ne s'est jamais fermée et qui donne issue à quelques matières liquides et à des gaz.

Opération le 31 Mai 1930. Rachi-anesthésie.

Réséction elleptique de la paroi, avec suture de la peau par dessus la fistule.

Changement de gants et d'instruments.

On pénètre dans le ventre en péritoine libre. On trouve plusieurs anses intestinales adhérentes entre elles et au péritoine. On les libère assez facilement, mais il en reste une qui est fixée par des espèces de diverticules de traction. Ce sont eux qui entretiennent la fistule. En outre, on trouve des granulations tuberculeuses disséminées un peu partout.

Après ablation du bloc de paroi superficiel, on trouve sur le grêle une brèche de la dimension d'une pièce d'un franc. Fermeture de cette brèche en deux plans, l'un total, l'autre séro-séreux.

Sur une autre anse grêle existe une large zone dépéritonisée avec un autre orifice gros comme un pois, et provenant de la libération. Deux bourses concentriques, l'oblitérent. On pratique une greffe épiploïque libre sur cette zone dépéritonisée.

Réparation de la paroi en trois plans. Crins cutanés et drainage sous-cutané de sûreté.

Les suites sont très simples, malgré un léger crochet thermique dû à la congestion pulmonaire.

Gâz le 4^e jour. Purgation le 8^e.

La malade quitte l'hôpital le juin 1930, complètement guérie.

OBSERVATION XI.

P. H., 6 ans. Appendicite gangréneuse opérée le 15 juin 1917, à Cosne. A l'intervention, il s'agit d'une péritonite diffuse. Etat satisfaisant pendant les quatre premiers jours. Le 5^e jour, le ventre se ballonne, il y a arrêt des matières et des gaz et vomissements. Le pouls est à 140. La température à 38°5. Le faciès grippé. L'état général est très inquiétant. On diagnostique une occlusion du grêle probablement par bride épiploïque.

Le 21, sous-anesthésie au chloroforme, on pratique une incision médiane sous-ombilicale, à distance du foyer appendiculaire. On trouve une anse iléale croisée par une mince bride épiploïque qu'on sectionne entre deux ligatures. Sur la face antérieure de l'anse étranglée, il y a une tache grisâtre, de dimension d'une pièce d'un franc et très suspecte. Par prudence, on fixe l'anse au péritoine pariétal sans refermer la paroi à ce niveau. Quelques jours plus tard, issue des matières par la plaie, mais il y a des selles par l'anus.

Guérison avec une fistule dont le débit diminue progressivement, mais qui persiste encore au bout de deux ans. L'enfant est d'ailleurs en très bon état. La famille finit par admettre la nécessité d'une nouvelle intervention, qui est pratiquée, le 31 Mai 1919, à Paris.

Incision elliptique. Ouverture de la cavité abdominale en péritoine libre. Libération de l'anse et extériorisation de celle-ci. On résèque le segment de paroi portant la fistule. Résection des bords de l'orifice fistulaire qui a les dimensions d'un gros pois; deux bourses superposées l'oblitérent.

Réintégration de l'anse et fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage.

Guérison sans incidents.

B) *CÆCUM*.

OBSERVATION XII.

Mme S..., Veuve F..., 42 ans, infirmière libre. Entre le 2 Mai 1925 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Docteur Lapointe.

Cette malade a été opérée quatorze mois auparavant par le Docteur Paraud, pour appendicite suppurée diffuse. Depuis cette époque, elle conserve une fistule cæcale que le Docteur Foucault essaye de fermer à plusieurs reprises sans succès, par voie extra-péritonéale.

A son entrée dans le service, il persiste une fistule don-

nant beaucoup. La peau présente quelques lésions, mais l'état général est excellent.

Des soins constants sont institués. La peau ne tarde pas à prendre un état normal, qui incite à l'opération. Celle-ci est pratiquée le 18 Mai.

Opération. Anesthésie générale à l'éther. Incision elliptique circonscrivant l'ancienne cicatrice. On pénètre dans le ventre en péritoine libre.

Changement de gants. Libération complète du cæcum qui est enveloppé d'adhérences épiploïques avec brides multiples surtout au niveau du côlon ascendant. Résection d'une grande partie de l'épiploon, libération de toutes les adhérences.

La fistule siège sur le fond du cæcum, elle est grande comme une pièce de deux francs. Résection de tout le fond du cæcum, et fermeture en trois plans de suture au fil de lin, de la brèche intestinale.

Fermeture de la paroi en trois plans au catgut.

Crins cutanés. Pas de drainage de la paroi.

Suites opératoires. Elles sont remarquablement simples. La température n'a jamais dépassé 38°. La malade rend ses gaz le 5^e jour.

Les fils sont enlevés le 10^e jour et la malade quitte l'hôpital le 12^e jour, le 20 mars, complètement guérie.

Revue en juin : la guérison se maintient et la paroi est solide.

OBSERVATION XIII.

M... Alphonse, 21 ans.

Malade présentant une fistule cæcale, consécutive à une appendicectomie pratiquée dix mois auparavant.

Opération le 16 juillet 1926. Rachi-anesthésie. L'incision cutanée circonscrit la fistule. On se sert de la peau qu'on rabat sur la fistule pour tâcher de la fermer en partie, dans le but de se protéger.

On ouvre le péritoine en zone saine, et sous le contrôle de la vue on dégage complètement la zone adhérente qu'on extériorise facilement. La fistule siège sur le fond du cæcum. Fermeture de la brèche par trois surjets au fil de lin : muqueux, muculo-séreux et séreux.

On ferme complètement la paroi au catgut en trois plans. Crins cutanés. On laisse un drainage filiforme au niveau de la suture cutanée.

Suites opératoires : très simples. Emission de gaz le 4^e jour. Purgation le 9^e jour.

La malade quitte l'hôpital le 1^{er} août, le 14^e jour, complètement guérie.

OBSERVATION XIV.

M... Irène, 26 ans. Entrée à l'hôpital Saint-Antoine, service du Docteur Lapointe le 10 septembre 1926, pour fistule cæcale consécutive à une ancienne appendicectomie pour pé-

ritonite appendiculaire. Il s'agit d'une large fistule labiée s'accompagnant d'éventration.

Opération le 14 septembre, anesthésie à l'éther.

Fermeture temporaire de la fistule par une bourse de soie et rabattement de la collerette de peau sur l'anus. Ceci dans le but de se protéger. A ce moment, on change de gants.

Ouverture du péritoine en zone saine.

Libération du cæcum. Section et libération des nombreuses adhérences épiploïques.

Résection de la fistule et d'une partie de la face externe du cæcum. où siège une seconde fistule, tout près du fond cæcal.

Suture en trois plans muqueux-musculo-séreux et séreux à la soie.

Réparation minutieuse de la paroi au catgut. Crins cutanés et drain sous-cutané. Les suites opératoires sont excellentes. La malade rend spontanément des gaz le 6^e jour. Purgation le 9^e.

Elle quitte l'hôpital guérie de sa fistule et de son éventration le 1^{er} octobre.

OBSERVATION XV.

M. P. Jean, 38 ans.

Entré le 11 octobre 1926, dans le service du Docteur Lapointe, pour fistule iliaque droite post-appendiculaire. In-

tervention le 15 octobre. L'incision cutanée circonscrit la fistule. Libération complète du cæcum qu'on mobilise et désormais toute l'opération se passe hors du ventre. La fistule est longue comme le petit doigt, et elle est très adhérente à la face antérieure du côlon droit.

Résection de la région fistuleuse. Réparation assez difficile en trois plans au fil de lin (muqueux, musculo-séreux et séreux) par suite de la paroi cicatricielle. On fait une petite épiplooplastie de sécurité.

Fermeture de la paroi en trois plans : péritonéal, musculaire et aponévrotique.

Un faisceau de crins sous la peau est enlevé le 2^e jour. Crins cutanés.

Suites opératoires normales. Gaz le 4^e jour. Purgation le 8^e jour.

Le malade quitte l'hôpital le 29 octobre, guéri.

OBSERVATION XVI.

Mme Gr., Veuve Ga., 49 ans.

Entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Docteur Lapointe, le 22 juin 1929.

Cette malade a été opérée dix-huit mois auparavant pour abcès appendiculaire sous-hépatique. On a enlevé l'appendice et la vésicule malade par voisinage.

Il existe une petite éventration et à l'extrémité droite de la cicatrice, une fistule qui ne s'est jamais tarie, et qui

donne passage à des gaz et à des matières. La peau au voisinage présente quelques lésions discrètes. Avant d'intervenir, on s'occupe de la peau qui ne tarde pas à être bonne à l'intervention.

On a pratiqué chez cette malade un lavement baryté, et sous écran on a pu suivre le passage du liquide. Il remplit rapidement le transverse, il s'engage par la fistule colique et sort immédiatement sous la peau.

On se décide donc à intervenir par voie intra-péritonéale.
Opération le 3 juillet. Rachi-anesthésie.

On circonscrit le trajet fistuleux. On pénètre dans la cavité abdominale en péritoine libre. Libération de toutes les adhérences qui sont nombreuses, mais assez faciles à détacher : grêle, épiploon.

Libération et mobilisation du cæcum. La fistule siège à la face postérieure du cæcum, grande comme une pièce de deux francs. On avive les bords de l'orifice, et fermeture de la brèche en trois plans.

La partie la plus difficile de l'opération a été la fermeture de la paroi abdominale. En effet, il a fallu passer très à distance.

Le plan péritonéal a été assez facilement suturé à la suite du décollement qui a procuré l'étoffe nécessaire. Quant à la réfection de la paroi, l'opération est un peu plus laborieuse.

Crins cutanés et un drain sous la peau.

Suites opératoires très simples.

Le malade quitte l'hôpital, le 30 juillet complètement guéri.

En février 1930, il donne de ses nouvelles, la guérison se maintient parfaite.

OBSERVATION XVII.

M. G... Alfred, 31 ans. Entre dans le service du Docteur Lapointe, le 25 novembre 1928, pour abcès appendiculaire datant depuis douze jours.

Température aux environs de 40°. Le malade est opéré d'urgence. Il s'agit d'un gros abcès rétro-cæcal. En raison de nombreuses adhérences, l'appendice n'est pas enlevé. On se contente de mécher et de drainer.

La température baisse le lendemain et les jours suivants se maintient au voisinage de la normale.

Le 15^e jour de l'opération, apparition de gaz et de matières liquides par la plaie cutanée. Malgré les soins et la disparition de toute cavité pyogénique, la fistule se maintient et n'a aucune tendance à la guérison spontanée. On se décide à l'intervention. Celle-ci est pratiquée le 27 janvier 1929 sous-rachi-anesthésie. Incision cutanée circonscrivant le trajet fistuleux. On pénètre en zone saine dans le ventre. Libération de la face antérieure du cæcum. Mobilisation du cæcum qui est tiré hors du ventre. La fistule siège sur le fond du cæcum. Appendicectomie. Résection de ce fond et suture

de la brèche en trois plans : muqueux et musculo-séreux au fil de lin, séreux au catgut.

La paroi est fermée en trois plans au catgut.

Un petit drain est placé sous la peau.

Suites excellentes. Le malade quitte l'hôpital le 15 Mars complètement guéri.

OBSERVATION XVIII.

M... Charles présente une fistule cæcale post-appendiculaire.

Opération le 14 juin 1927. Rachi-anesthésie.

On circonscrit le trajet fistuleux. Mobilisation du cæcum. On résèque le fond du cæcum où siège la fistule. Fermeture du cæcum en trois palns.

Fermeture totale de la paroi sans drainage.

Suites très simples. Le malade quitte l'hôpital le 1^{er} juillet complètement guéri. Revu en octobre, la guérison se maintient complète.

OBSERVATION XIX (*personnelle*).

Mlle Juliette, 19 ans. Entre à l'hôpital le 14 août 1929, à la suite d'une violente crise douloureuse abdominale, survenue huit jours auparavant avec nausées et vomissements. Pas de selles, ni de gaz depuis trois jours. La température est à 39°2 à l'entrée.

L'examen montre une fosse iliaque droite empâtée et

douloureuse, la région costo-lombaire droite est œdématée, contracturée et très douloureuse.

Le toucher vaginal ne montre aucune existence de lésion salpingienne.

Opération immédiate, anesthésie à l'éther. Incision de Roux. Du liquide louche s'écoule dès l'ouverture du péritoine. L'épiploon très adhérent masque le cæcum. Section de l'épiploon et essai de mobilisation du cæcum. Du pus s'écoule alors en abondance. Après assèchement de l'abcès, on libère le cæcum très doucement de toutes ses adhérences. L'appendice est rétro-cæcale. Appendicectomie par voie rétrograde sans enfouissement. Ligature du méso.

On place une mèche derrière la paroi cæcale et un drain dans le Douglas. Fermeture partielle de la paroi en un plan aux crins.

La température baisse le soir de l'opération à 38°, le lendemain à 37°7.

La mèche et le drain sont retirés le troisième jour.

Le 15^e jour, après l'intervention reprise de la suppuration pariétale et issue de gaz et de matières liquides. On débriade largement la paroi, en abattant quelques bourgeons qui entretenaient la suppuration.

Mais la fistule persiste.

Le 28 septembre : l'état de la paroi étant très satisfaisant on se décide à intervenir.

Anesthésie à l'éther. On circonscrit l'ancienne cicatrice,

on pénètre dans l'abdomen en péritoine libre. On mobilise le cæcum. La fistule siège sur sa face postérieure, longue de 4 cm. environ, large de 3 cm. Entérorraphie latérale en trois plans au fil de lin. Avivement des bords.

Fermeture totale de la paroi au catgut. Drain sous-cutané.

Suites opératoires. Léger crochet thermique pendant quelques jours. Purgation le 9'. La malade quitte l'hôpital, le 15 octobre complètement guérie.

OBSERVATION XX.

Mme G... Veuve R... Entrée dans le service du Docteur Lapointe le 8 septembre 1927. A l'entrée, elle présentait un anus iliaque droit fait d'urgence à Vaugirard, pour occlusion intestinale.

Il s'agit d'un vaste anus incontinent et atteint du prolapsus.

Une radiographie, montre que l'obstacle siège au niveau de l'anse sigmoïde, il existe un néoplasme très sténosant, en ficelle. Il existe une faible infiltration du méso. Libération de quelques adhérences, puis section lointaine en V du méso. Ligature immédiate des vaisseaux, grâce à cela on peut extérioriser la tumeur, après avoir suturé les feuillets méso-coliques.

Fermeture de la paroi en formant un pont cutanéomusculaire enserrant l'anse supérieure dans un sphincter.

Suites très simples.

Deuxième opération le 1^{er} octobre. Anesthésie à l'éther. La malade à ce moment présente deux anus iliaques droit et gauche. A droite, c'est le cæcum, à gauche, il y a aussi le rectum fistulisé par son extrémité supérieure.

Incision médiane sous-ombilicale

1° Iléo-rectostomie latéro-latérale en trois plans au fil de lin assez laborieuse vu l'impossibilité de déplacer le rectum ;

2° Libération par l'intérieur du cæcum. On résèque les pourtours de l'anus, et l'on pratique un double coulage de l'anus cæcal.

Fermeture de l'incision sous-ombilicale en trois plans sans drainage.

A ce moment, on régularise la cicatrice iliaque droite.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION XXI.

Mme L..., 46 ans, ménagère.

Entrée le 26 février 1930, avec un anus cæcal établi pour cause indéterminée.

La peau présentant quelques lésions, on attend avant d'intervenir.

Opération le 7 Mai 1930. Raché-anesthésie.

L'incision cutanée circonscrit l'ancienne cicatrice. On pénètre dans la cavité abdominale, en zone saine.

Libération du cæcum pénible par suite d'adhérences nombreuses et serrées. L'appendice est gros et coudé, et présente des lésions nettement inflammatoires.

Appendicectomie avec enfouissement.

Le trou cæcal n'est pas plus grand qu'une pièce de cinquante centimes. On avive les bords, et on l'obture par deux fils de catguts superposés placés en bourse. Par mesure de prudence on fait un surjet séro-séreux au fil de lin.

Fermeture de la paroi en trois plans. Petit drain sous la peau.

Les suites opératoires sont remarquablement simples. La malade quitte l'hôpital le 20 Mars complètement guérie.

OBSERVATION XXII.

Mlle Odette Pa..., 32 ans.

Entrée dans le service pour cause d'occlusion intestinale, avec émission de sang noir dans les selles. La crise a été très douloureuse au début, mais comme la malade n'est venue qu'au 4^e jour de la crise on n'a pas la chance de l'opérer immédiatement.

Opération en août 1930. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'une invagination d'une anse iléale, avec grosses adhérences protectrices. On juge prudent de ne pas y toucher, et surtout de ne pas faire d'entérectomie.

Contre-incision à droite, établissement d'un anus cæcal, et fermeture des incisions.

Suites des plus simples, l'anus fonctionne parfaitement. La peau bien protégée ne s'ulcère pas, mais il se produit un gros prolapsus muqueux.

Opération le 5 octobre 1930.

Anus droit, très large, avec énorme prolapsus muqueux. On réduit le prolapsus en y introduisant une mèche, qu'on laisse dans l'orifice anormal.

Rachi-anesthésie. On circonscrit largement l'orifice cutané, selon la technique habituelle. Puis, les bords mobilisés sont suturés par dessus l'anus. On change d'instruments.

Ouverture du péritoine en zone saine. Libération de l'anse et des adhérences épiploïques et intestinales fort nombreuses. Ce temps est long, mais néanmoins est mené à bien.

On place un clamp à mors souple sur la base du cæcum et on sectionne au-dessus, en réséquant la fistule et le segment pariétal adhérent.

Suture de la brèche en trois plans muqueux et musculaire au fil de lin et séro-séreux au catgut chromé.

Réduction libre dans le ventre sans drainage.

Fermeture de la paroi.

Crins d'attente sur la peau.

Suites opératoires des plus simples. Les fils sont serrés au 4^e jour. Gaz le 5^e jour. Guérison totale.

OBSERVATION XXIII.

M. Pierre B..., 36 ans. Malade obèse opéré le 20 juillet d'urgence pour appendicite gangréneuse perforée. Drain et mèche, la paroi a été laissée béante.

Guérison, mais avec une fistule qui laisse passer des gaz et des matières liquides par intermittence.

Revu le 22 octobre. La fistule persiste et il y a de plus une grosse éventration.

Opération le 20 octobre 1930.

Rachi-anesthésie. Incision elliptique. Suture de la peau par dessus la fistule. Ouverture du péritoine en zone saine. Libération de l'anse et des adhérences.

La fistule siège à la partie postéro-externe du cæcum.

Avivement de ses bords, et suture en trois plans.

Réduction libre dans le ventre.

Paroi en trois plans.

Crins d'attente cutanés.

Suites : Les fils sont serrés le 3^e jour. Gaz le 4^e jour. Guérison.

OBSERVATION XXIV.

C) *TRANSVERSE.*

M. Gil.. François, 53 ans.

Entre à l'hôpital Saint-Antoine le 21 octobre 1929.

Ce malade présente depuis quelques mois un anus laté-

ral siégeant sur le transverse et établi d'urgence pour occlusion du gros intestin.

On procède au nettoyage ordinaire de la peau; et le malade est en état d'être opéré le 10 Novembre 1929.

Opération rachi-anesthésie. La peau est incisée suivant la technique habituelle. Les lambeaux de l'incision cutanée sont relevés avec des pincés, afin d'obturer l'anus. On change de gants.

Ouverture du péritoine en zone libre. On circonscrit l'anus. Libération et section des adhérences épiploïques.

Extériorisation de l'ansæ fistulisée hors du ventre. Toilette de la brèche infessinale, excision et avivement des bords de l'intestin fistuleux.

Fermeture de l'intestin en trois plans : muqueux, musculaire au fil de lin, et séreux en catgut.

Réparation anatomique de la paroi. Petit drainage sous la peau.

Suites des plus simples. Gaz le 4^e jour. Purgation le 9^e. Quitte l'hôpital complètement guéri le 29 novembre 1929.

Malade revu en mai 1930. A engraisé de 10 kilos. Etat général parfait. Paroi abdominale très solide. Aucune menace d'événtration.

D) SIGMOÏDE.

OBSERVATION XXV.

Mme Veuve R., 71 ans.

Entre dans le service du Docteur Lapointe, le 10 janvier 1928, ayant déjà subi une résection de l'anse sigmoïde pour cancer sténosant, avec iléo-rectotomie latéro-latérale en trois plans au fil de lin. Il persiste dans la fosse iliaque droite un anus contre nature, sans épéron, formé par l'extrémité supérieure du rectum abouché à la paroi.

Opération le 16 janvier 1928. Rachi-anesthésie. Suivant la technique du service, l'incision circonscrit le trajet de l'anue. On change de gants et d'instruments.

Ouverture du péritoine en zone libre.

On vérifie que l'anastomose iléo-rectale est large et souple.

Extériorisation de l'extrémité du rectum, et section de celle-ci à 2 cm. au-dessus de l'anastomose. Fermeture de la brèche en trois plans au fil de lin (muqueux, musculo-séreux et séreux). Les suites sont très satisfaisantes, parce qu'effectuées en tissu, souple, non infiltré.

Réparation de la paroi en trois plans. Crins cutanés et petit drain sous la peau.

Suites très simples, gaz le 5^e jour. Purgation le 9^e jour.

La malade quitte l'hôpital guérie le 2 février 1928.

Revue en juin 1930 : sans éventration, sans récidence.

Conclusions

1° Il existe deux variétés fondamentales d'anüs contre-nature : les anus latéraux et les anus avec éperon ;

2° Les cas *purs* et certains cas *impurs*, relèvent seuls de la méthode. La première condition de succès est de bien poser les indications ;

3° Les anus éperonnés subiront l'entérotomie préalable de façon à être transformés en anus latéraux. Leur traitement comprend donc deux étapes :

a) Entérotomie ;

b) Entérorraphie.

4° L'entérotomie préalable facilite la fermeture et écourté la période d'attente.

5° Les anus latéraux ou éperonnés relèvent de l'entérorraphie latérale, plus rarement de l'entérectomie, suivie de suture bout à bout.

6° Grâce aux progrès réalisés en chirurgie abdominale, la méthode intra-péritonéale s'avère d'une extrême bénignité. Nos vingt-cinq cas ont tous guéri très simplement.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu, le Président :

LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- X. DELORE. — Technique de l'entérectomie. *Rev. de Chir.*, 1901, p. 793.
- D. DELORE & PATEL. — De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin. *Rev. de Chirurgie*, 1901, t. XXIII, p. 305.
- X. DELORE & THÉVENET. — Traitement de l'anús contre-nature. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} décembre 1908.
- X. DELORE, MALLET, GUY & VACHER. — Du traitement direct intra-péritonéal dans la cure des anus contre-nature et des fistules pyo-stercorales. *Rev. de Chirurgie*, n° 4, 1926.
- GUILLEMINET & GUÉRIN. — A propos des fistules pyo-stercorales. *Lyon Chirurgical*, 1920.
- HARTMANN. — Chirurgie de l'intestin, 1907.
- JOURDAN. — Le traitement chirurgical des A. C. N. Thèse, Montpellier, 1910.
- LE DENTU. — Du traitement des fistules stercorales et des A. C. N. IX^e Congrès de Chirurgie, 1895.
- LE DENTU. — Du traitement des fistules stercorales et des A. C. N. *Cliniques Chirurgicales*, 1904, p. 428.

- MONOD & VAUVERTS. — Traité de technique opératoire, 1908
t. II, p. 261.
- M. POLLOSSON. — Les traitements des A. C. N. et des fistules stercorales, Baillière, 1883.
- RICARD & LAUNAY. — Traité de Thérapeutique chirurgicale, 1903, p. 558.
- SIKORA. — L'entéro-anastomose dans le traitement de l'A. N. C. *Thèse*, Paris, 1902.
- TEDENAT. — De l'occlusion de l'intestin. Congrès Chirurgical, 1903.
- TERRIER & GOSSET. — De l'exclusion de l'intestin. *Revue Chirurgicale*, 1900.
- P. DUVAL. — La fermeture des fistules et anus coliques chirurgicaux. Avantages de la fermeture intra-péritonéale d'après une statistique de 38 cas. *Bull. et Mém.*, n° 32, 1928.
- P. DUVAL & WELTI. — Archives franco-belges de Chirurgie, 1929.
- P. DUVAL & MENEGANT. — De la méthode intra-abdominale dans le traitement des an. col. chirur. *Revue Médicale Universelle*, juillet 1930.
- CADENAT. — Fermeture des A. C. N., n° 33, 1928.
- FORGUE. — Thérapeutique chirurgicale.
- SÉNÈQUE. — *Presse Médicale*, 1925.
- MURARD. — *Bulletins et Mémoires*, n° 25, 1930.
- CHATON. — *Bulletins et Mémoires*, 1923.

COMTE. — *Lyon Chirurgical*, 1925.

LAPOINTE. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, 1928.

LECÈNE. — *Thérap. chirurgicale*, 1926.

BRESSOT. — *Compte rendu de la Société des chirurgiens de Paris*, 1930.

HOLBAUM (Leipzig). — Sur la fermeture des A. C. N. (*Zentralblatt Journ. Chirurgie*, tome LI, n° 19, 1924, p. 1.007 et 1.009).

SCHWARTZ & MARTGLASS. — *Journal de Chirurgie*, 1924.

LAPOINTE. — Sur la fermeture des A. C. N. et des fistules stercorales par la méthode directe intra-péritonéale. *Avenir Médical*, 1930.



SAUMUR. — IMPRIMERIE M. CHEVALIER



